

Pereira, 12 de febrero de 2025

AD-033

Doctor,  
**Juan Pablo Apraez Muñoz**  
**Juzgado Cuarto Administrativo,**  
Pereira, Risaralda.

Referencia: **Reparación Directa**  
Demandante: **Carlos Alberto Herrera Bedoya y otros**  
Demandado: **E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira y ASMET**  
Radicado: **2018- 00217 – 00**

Asunto: **Apelación Sentencia**

**Luis Francisco Peña Ramírez<sup>1</sup>**, actuando como apoderado judicial de la parte actora en el proceso de la referencia, con todo respeto me dirijo a esa dependencia judicial en la oportunidad procesal que nos regula para interponer el recurso de apelación en contra de la sentencia proferida por ese despacho del 29 de enero de los corrientes, la cual impugno por los defectos que presenta y que paso a relacionar de la siguiente manera:

Es pertinente precisar que la sentencia no es congruente y mucho menos coherente frente al incumplimiento en la prestación del servicio médico prestado por el Hospital San Jorge, el cual como se demostró en el plenario, se materializa en el inadecuado post operatorio, que se caracterizó por los descuidos sistemáticos en el control, monitoreo, vigilancia y observación de la paciente, omisiones que evolucionaron negativamente en la salud de la operada permitiendo que las complicaciones que se evidenciaban físicamente en la señora después de la cirugía, se fueran agravando lentamente hasta que por la infección que progresaba en su cuerpo la fue llevando a un estado lamentable ocasionándole finalmente la muerte.

**Reparos concretos contra la sentencia y sustentación:**

**1. Se equivoca el fallador en la metodología de estudio que utiliza para resolver el caso.**

Desde este contexto se observa que en la estructuración del fallo, para resolver el objeto sustancial de juzgamiento el Juez, inicia el examen judicial analizando los alegatos de

---

1 Magister en Responsabilidad Contractual y Extracontractual, Civil y del Estado, Universidad Externado de Colombia, Bogotá D.C. 14 mayo de 2019, acta 001976, folio 0087, libro n° 4M. Esp. Derecho Administrativo, U.L. Esp. Derecho Procesal, Probatorio y Oralidad, U.L, Esp. Administración de Empresas, U.A.N. Catedrático de Derecho Internacional Público y Privado U.L y Litigante Interamericano ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos Washington D.C y la Corte Interamericana de Derechos Humanos con sede en Costa Rica.



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

conclusión presentados por los extremos pasivos de este medio de control, es decir, por las alegaciones del Hospital San Jorge, luego de la llamada en garantía Alianz Seguros, posteriormente de Seguros Generales Suramericana, continua con Asmet Salud EPS, terminando con la revisión de los alegatos de la parte activa y de la llamada en garantía Mapfre Seguros Generales.

Desde esta óptica, al empezar de atrás para adelante, pierde objetividad el Juzgador en la formación de la resolución del caso, ya que, en lugar de determinar primero qué de la teoría del caso probó y demostró la parte demandante con el material probatorio documental, testimonial y pericial, para establecer la falla en la prestación del servicio médico y paramédico asistencial, al comenzar por las réplicas de las demandadas y la defensa que plantearon, obviamente al ser las demandadas las que dominan la actividad médica y la terminología de esta especialidad, le confunden y le inducen a error, creyendo erradamente que lo que sucedió hace parte de los riesgos que se identifican en esta modalidad de procedimientos clínicos, sin embargo, pasa por alto las irregularidades y omisiones que se presentan con posterioridad a la intervención quirúrgica, que por el imperfecto monitoreo y seguimiento de la evolución de la paciente operada, dejaron de identificarse oportunamente para contenerlos científicamente con medicación y procedimientos básicos, que al ser omitidos y tardíos, dejaron que una infección leve se tornara en grave acabando con la vida de la intervenida físicamente.

Por tanto, para esta modalidad de asuntos que requieren de conocimientos especiales, donde no resulta fácil demostrar las fallas por ser las demandadas las que dominan la especialidad y quienes finalmente registran libremente en el historial clínico lo que es conveniente dejando de registrar lo contraproducente, las reglas de la experiencia para este tipo de acciones de responsabilidad medica le exigen al operador judicial agudizar su análisis valiéndose de las pruebas aportadas yendo un poco más allá para encontrar las falencias a pesar de la aparente normalidad que se le da a los malos resultados en los procedimientos médicos y paramédicos, aprovechando las facilidades que tienen para tergiversar la verdad y confundir a los sujetos procesales frente a lo que realmente ocurrió.

Por tanto, se hace tan notoria la poca importancia que le da a los alegatos de conclusión elaborados por el extremo activo, que se nota que no hubo un análisis puntual del material de prueba y de las inconsistencias médicas y paramédicas acreditadas, lo que significa que cuando llego a las alegaciones de la parte actora ya estaba convencido del argumento defensivo expresado por las demandas, razón por la cual ni siquiera se toma el tiempo de controvertir las posturas expuestas para validarlas o invalidarlas frente a la identidad de la falla en la prestación del servicio asistencial, lo que indica que adoptó el fallo sin explorar realmente qué se demostró probatoriamente por el extremo activo en este litigio.



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

## 2. Indebida valoración de la prueba y de los hechos probados en la definitiva adoptada.

Como se ha venido exponiendo en esta modalidad de asuntos de conocimientos espaciales que regulan las practicas clínicas y paraclínicas en el servicio de salud, no resulta fácil demostrar las falencias que se presentan en la prestación de este servicio asistencial, sin embargo, en este caso se nota certeramente que la paciente fallecida, no se atendió con la técnica que se exige luego de una intervención quirúrgica, incluso, al examinar la historia clínica se advierte el abandono en que la dejó el galeno que la operó desentendiéndose de su intervenida quirúrgicamente, pues, sus obligaciones como médico no acaban al hacer su última sutura al contrario tiene que estar pendiente de cualquier cambio, síntoma que se relacione con la invasión que hace del cuerpo luego de operarla, pero, como se demostró documentalmente no lo hizo incumpliendo un deber médico y exponiendo a la paciente a riesgos que él crea por no hacer lo que debía.

Lo expuesto no es una conjetura ni una opinión sino un aspecto que se evidencia al revisar la historia clínica, pues, no aparece registro clínico que indique que al día siguiente la hubiese examinado el médico que la operó Jesús Hinestroza Barrios y mucho menos aparece que otro galeno lo hubiese realizado en los registros de la Historia Clínica.

Además, a este defecto mayúsculo que se minimiza en la sentencia, es necesario sumarle otro factor que es tan o más importante que el anterior, que se evidencia en la (HC) que se presenta con la escasa comunicación que hubo entre médicos y a su vez estos con el equipo de enfermeras, lo que incrementa el cúmulo de irregularidades, reflejándose en las lecturas inexactas de los signos que presentaba la paciente, generando como es obvio un inadecuado diagnóstico frente a las debilidades físicas que se evidenciaban después de la operación, que si son adecuadamente monitoreadas y se identifican en el post operatorio, se pueden corregir rápidamente, pero, como no se identificaron por la falta de diligencia y cuidado por quienes estaban custodiando a la enferma se constituyen una deficiencia en la prestación del servicio asistencial.

Por tanto, se equivoca el Juez al no notar en este asunto la multiplicidad de soportes científicos que respaldan la falla del servicio, y que, al compararlos con los registros clínicos efectuados en la hospitalización que tuvo la intervenida quirúrgicamente, con los resultados de laboratorio con las notas de enfermería, asociados a las pruebas testimoniales recaudadas, e incluso con el mismo informe pericial forense que se practicó, no se entiende como no se identifica la falla del servicio médico que se viene pregonando.

Desde este contexto, paso a relacionar los elementos que configuran la deficiente atención prestada por las enfermeras y de los médicos tratantes, lo que nos permite asegurar derechamente que el servicio se ejecutó de manera negligente, inoportuna, imperfecta e incompleta, siendo el factor determinante del desenlace fatal ocasionado a la señora CLAUDIA MARTINA JIMENEZ CARDONA, como consecuencia de una sepsis abdominal, posterior a la realización del procedimiento quirúrgico practicado a la paciente.



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

Desde esta óptica se nota al revisar el fallo emitido en primera instancia que el análisis efectuado por el Juez también yerra al enfocar su estudio en el acto quirúrgico como tal y si se realizó conforme a los riesgos que se prevén y no concentra la atención bien en los actos que se deben desarrollar en la fase subsiguiente de la intervención quirúrgica, que no se pueden analizar por separado, pues, la salud del operado no solo depende de la efectividad del procedimiento clínico sino también de la faceta de evolución y recuperación del intervenido, dado que el cuerpo del paciente reacciona a la operación positiva o negativamente, siendo absolutamente necesario el seguimiento y monitoreo de signos y manifestaciones que se exterioricen sobre el estado de salud.

Por tanto, el inadecuado enfoque y la irregular apreciación probatoria efectuada, nos permite asegurar que no se consideró el cuadro clínico conjuntamente (cirugía y post operatorio) y mucho menos se tuvo en cuenta la pluralidad de OMISIONES que se evidencian y se documentan durante el proceso de atención médica de la paciente, sumado a las INCONSISTENCIAS formales y vacíos identificados en la historia clínica, que no se entiende por qué no fueron importantes ni útiles al Juez para establecer el caso y para establecer la falla, no obstante, sí se validaron y se consideraron relevantes esos registros médicos defectuosos para justificar la negativa a las pretensiones, desconociendo consecuentemente el nexo entre las conductas omisivas negligentes del personal médico y paramédico con el daño antijurídico ocasionado a la señora CLAUDIA MARTINA, defecto judicial que limita equivocadamente el reclamo que se realiza con la demanda por parte de los demandantes respecto de la **dehiscencia de la sutura y la consecuente sepsis.**

Es así como se configura un yerro mayúsculo en el resultado del fallo al restringir la exploración del caso y del análisis probatorio, el cual se exterioriza finalmente cuando se afirma equivocadamente por el juzgador que a la paciente se le brindó atención en el post operatorio y que incluso fue llevada a una segunda cirugía, sin tener en cuenta las omisiones que por parte de la demandada Hospital San Jorge se habían presentado, es decir, la falta las acciones necesarias y efectivas que se deben realizar para diagnosticar y tratar de manera oportuna las manifestaciones corporales y las señales indicativas de afectaciones y reacciones físicas anormales en la operada; en este caso se demostró que por el irregular seguimiento y deficiente monitoreo técnico, ya presentaba un estado avanzado de infección focalizado en el área del cuerpo intervenido quirúrgicamente, y que al detectarse tardíamente ya poco se podía ofrecer científicamente para salvar la vida de la paciente.

Es importante hacer hincapié en este aspecto, ya que, es análisis de vital relevancia cuando se trata de una complicación como es la sepsis, la cual se caracteriza por su rápida evolución, donde la demora se vuelve fatal y es así como en pocas horas sin iniciar el tratamiento se torna irreversible ocasionando la pérdida de la vida humana, como ocurrió en este caso.



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

Por tanto, paso a referenciar y analizar las pruebas que no fueron debidamente valoradas y utilizadas en la configuración de la falla médica:

Desde este contexto, se enfatiza que un inadecuado seguimiento y monitoreo en el post operatorio, con deficiencias por la falta de continuidad en la atención de vigilancia, días sin reportar la evolución de la operada, fallas evidentes en los registros médicos y sobre todo que se inadvirtieran o se pasaran por alto las señales de alarma que venía exteriorizando físicamente la paciente, a través de su estado clínico y de los resultados de laboratorio, es lo que materializa la OMISION que se presentó en el manejo de la intervenida, lo cual repercute en la carencia de solicitudes y prácticas de exámenes complementarios de laboratorio para hacer el Diagnostico de sepsis de manera temprana.

Así que, en la práctica médica y paramédica hospitalaria, se deben efectuar oportunamente todas las medidas oportunas y necesarias para determinar la evolución del operado, de lo contrario, se tornar como fallas en el servicio hospitalario las siguientes:

- En este caso se acreditaron las fallas graves en la comunicación de los profesionales médicos y paramédicos que atendieron el caso, pues, el personal de enfermería registró alteraciones en los signos vitales que constituían signos de las complicaciones que venía sufriendo la paciente y que no les fueron informados a los médicos o de no ser así, los médicos a pesar de conocerlas según los registros no se interpretaron bien o no se tuvieron en cuenta.
- Igualmente, en esta hospitalización post quirúrgica hubo fallas graves en la interpretación de los resultados de laboratorio, los cuales o no se revisaron por los galenos o equivocadamente se minimizaron a pesar de encontrarse ANORMALES TODO EL TIEMPO, es más, se desatendieron los síntomas clínicos que eran evidentes, pues, la paciente nunca estuvo en un estado normal de salud, siempre presentó síntomas (registrados en la historia clínica) como dolor abdominal y vómito, los cuales no se valoraron en conjunto con las otras señales físicas que advertían más complicaciones.
- Por otro lado, quedó probada la inconsistencia en el registro de la historia clínica, en el que se anotaba que la paciente se encontraba hemodinámicamente estable y sin signos de SIRS (SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA), al contrario la realidad era que la paciente desde el 16 de junio, venía presentando signos de SIRS y alteraciones en sus signos vitales que constituían evidencia certera de una evolución anormal, y que como es el deber de los galenos frente a estas anomalías se deben prender las alarmas, debiendo actuar correlativamente con una actitud exploratoria más activa por parte del personal médico, en la detección y búsqueda del origen de



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

estas anormalidades físicas, que no era otra cosa que una sepsis en progreso que se venía desarrollando, como se prevé por las reglas de la medicina luego de una operación de esta naturaleza.

Esos puntos concretos resumen la imperfecta e inadecuada atención médica que derivó desafortunadamente en que no se hiciera a tiempo el diagnóstico de sepsis y en consecuencia, que no se realizara el manejo oportuno como lo ordenan los cánones de la medicina, pues, si bien es cierto que la paciente fue llevada a una segunda intervención y se le realizaron paraclínicos, esto ya se hace cuando estaba establecido el estado de sepsis muy avanzado en la operada, aspecto que ocurre por la negligencia de los galenos, que dejaron que se desperdiciara tiempo valioso, útil y vital para la salud de la señora; inoportunidad, que se constituye en la causa de la muerte de la paciente dado que, la sepsis es una condición clínica que se conoce en la práctica de la medicina como una emergencia médica, que obliga a los médicos tratantes a que se ejecute un manejo inmediato que no da espera, una vez, que se sospecha de su presencia en el cuerpo del enfermo, al respecto literalmente se contempla lo siguiente en las guías medicas sobre esa materia:

*El consenso recomienda, por lo tanto, que estos pacientes sean considerados en emergencia médica y requieren una evaluación y tratamiento urgentes. Como parte de esto, se recomienda iniciar líquido de reanimación (30 ml/kg de cristaloides) dentro de las primeras 3 horas*

*... La rapidez de la administración de antimicrobianos apropiados es fundamental para obtener un efecto beneficioso. En presencia de sepsis o shock séptico, cada hora de retraso se asocia con un aumento de la mortalidad. Si bien los datos disponibles para obtener resultados óptimos sugieren administrar los antimicrobianos apropiados IV lo antes posible luego del reconocimiento de la sepsis o del shock séptico*

3. El negligente seguimiento de la Intervenido quirúrgicamente luego de practicada la Cirugía, no fue debidamente analizado por el Juez de Primera, para la configuración de la falla médica y paramédica.

Como se ha venido reseñando, existe una cantidad importante de soportes documentales y testimoniales que acreditan que no se hizo un seguimiento a la paciente adecuado y efectivo

---

2Andrew Rhodes, Laura E. Evans, Waleed Alhazzani, Mitchell y otros. Care Med 2017; 45: Número 3. Pag. 486- 552Guía internacional para el manejo de la sepsis y el shock séptico Actualización de las recomendaciones para el manejo de la sepsis y shock séptico de la "Campaña para la Supervivencia de la Sepsis" Recuperado el 15 de mayo 2023 de <http://clinica infectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Gu%C3%ADa-internacional-para-el-manejo-de-la-sepsis-y-el-shock-s%C3%A9ptico.pdf>



321 802 4194

**Carrera 8 No. 23-09**

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

notificaciones@penaypenaabogados.com  
luisfranpr01@hotmail.com

www.penaypenaabogados.com

en los días posteriores a la intervención quirúrgica practicada el día 14 de junio, pues, no se ajustó a los lineamientos establecidos en la medicina e incluso conforme a las reglas de la experiencia que nos indica con un poco de sentido común que las heridas se infectan y es así como siempre los que conocen o no conceptos de médicos, es decir, incluso un ciudadano promedio siempre está atento y pendiente a observar las heridas voluntaria e involuntarias suturadas o no para que no se infecten.

Y es precisamente, por no realizarse el seguimiento correcta y diligentemente en una operación de esta naturaleza, sino se hace un monitoreo después del procedimiento quirúrgico mientras se busca la recuperación del enfermo con la diligencia apropiada y oportuna por parte del personal médico y de enfermería, lo que ocurre es que se presente una infección que por estar localizada en un sitio tan contaminante del cuerpo tiende a hacer más agresiva y rápida, dando pie a la sepsis como el factor determinante del daño, ya que, los vacíos y defectos presentados en el seguimiento de la intervenida, impidieron que se realizara a tiempo el diagnóstico de sepsis para tratarlo con medidas de choque oportunas, siendo esta demora propiciada por el equipo de asistencia médica y de enfermería la conducta que canaliza el deterioro de la enferma, llevándola a su muerte.

#### **Estas fallas están documentadas y representadas, en el plenario:**

(Las referencias documentales que se realizan se encuentran registradas en el expediente digital, en la página web SAMAI, específicamente en la actuación expediente digital del 28 de septiembre del 2021, se encuentra en el documento denominado “2 – CD folio 189 cuaderno 1 numero (PDF) Nro. actúa 11”)

- a) **A la paciente no se le realizó valoración o evolución médica el día 15 de junio de 2016,** es decir, siendo su primer día de postoperatorio, empieza la primera señal de abandono y de descuido de la operada; Lo cual se demuestra documentalmente (y no como conjetura u opinión al analizar la HC), en el que el único registro que se reporta en la Historia Clínica es el realizado por un médico ese día, el cual corresponde a la anotación hecha por el Dr. Oscar Córdoba Marulanda a las 22:43 (pág. 30) donde solo se anota: “se formula para el 16- 06-16” sin más información sobre el estado clínico o los hechos ocurridos en este día, veamos:



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

DATOS DEL INGRESO		FOLIO N°	Fecha:
Responsable:	CARLOS HERRERA	10	15/06/2016 22:43
Dirección Resp:	CARRERA 24 N°7-04 JAPON	Telefono Resp:	3304399 - 31174
Finalidad Consulta:	No_Aplica	N° Ingreso:	1411755 Fecha: 12/06/2016 10:52
		Causa Externa:	Enfermedad_General_Adulto

**SUBJETIVO**  
Se formula para 16-6-16  
**OBJETIVO**

#### ANALISIS

**SINTOMATICO RESPIRATORIO** NO

#### PLAN

#### TIPO DE AISLAMIENTO

#### ANTECEDENTES

FECHA	TIPO	OBSERVACION
12/06/2016	Médicos	POLIPO GIGANTE DE RECTO-SIGMOIDES YAMAD IV
12/06/2016	Médicos	ADENOMA TUBULO VELLOSO
12/06/2016	Médicos	DIVERTICULOSIS SIGMOIDEA
12/06/2016	Médicos	DOLICO-SIGMOIDE
12/06/2016	Médicos	ADENOMA TUBULOVELLOSO CON DISPLASIA DE BAJO GRADO.

#### EXAMENES SOLICITADOS

EXAMEN	Cantidad	Observaciones
902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA	1	

Fecha Resultado 16/06/2016 8:21:17 a. m.

Sin embargo, en las notas de enfermería de ese mismo 15 de junio sí se registraron cambios

<p>en: HARTAMIN + 1 AMP DE K A 14 GOTAS, HENIDA QUIRURGICA INFRUMBILICAL SUTURADA CUBIERTA CON APOSITO LIMPIA Y SECA + FAJA DE TELA ELIMINA EXPONTANEO EN EL BAÑO.</p>	
<p>HORA: 12:00 p. m. TITULO: NOTA DE MEDIAMENTOS RESPONSABLE: CASTRILLON RANGEL MARITZA YOHANA</p>	<p>IMPORTANCIA: Ninguna</p>
<p>SUBJETIVO-OBJETIVO ANALISIS-PLAN</p>	
<p>NO SE EL ADMINISTRO DIPIRONA PORQUE LA PACIENTE PRESENTO 95/42, METOCLOPRAMIDA NO PRESENTA EMESIS.</p>	
<p>HORA: 06:00 p. m. TITULO: NOTA DE EVOLUCION RESPONSABLE: CASTRILLON RANGEL MARITZA YOHANA</p>	<p>IMPORTANCIA: Ninguna</p>
<p>SUBJETIVO-OBJETIVO ANALISIS-PLAN</p>	

<sup>3</sup> “En la mayoría de los adultos, la presión arterial normal suele ser inferior a 120/80 mm Hg. La presión arterial baja es una presión arterial inferior a 90/60 mm Hg” recuperado en <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/presion-arterial-baja> el 15/05/2023



321 802 4194

**Carrera 8 No. 23-09**

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

notificaciones@penaypenaabogados.com  
luisfranpr01@hotmail.com

www.penaypenaabogados.com

No Historia Clínica: 42010922  
 Fecha de Registro: 15/junio/2016

Nombre Paciente: CLAUDIA MARTINA JIMENEZ CARDONA  
 Área de Servicio: 06 - H. CIRUGIA

Ingreso: 1411755

## BALANCE DE ENFERMERIA

HORA	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS			LÍQUIDOS ELIMINADOS			SIGNOS VITALES		
	Líquido	Via	Cantidad	Líquido	Via	Cantidad	Signo	Valor	
1:00							FC	79	
							FR	20	
							TEMP	36,3	
							DIASTOLE	56	
							SISTOLE	96	
7:00	Líquido	Via	Cantidad	Líquido	Via	Cantidad	Signo	Valor	
							FC	88	
							FR	20	
							TEMP	36	
							DIASTOLE	59	
							SISTOLE	99	
12:00	Líquido	Via	Cantidad	Líquido	Via	Cantidad	Signo	Valor	
							SATO2	97	
							SATO2	96	
							SISTOLE	95	
							DIASTOLE	42	
							FC	85	
20:00	Líquido	Via	Cantidad	Líquido	Via	Cantidad	Signo	Valor	
							FR	20	
							TEMP	36,1	
							SISTOLE	100	
							FC	91	
							FR	20	
						TEMP	36,2		
						DIASTOLE	58		
						SATO2	96		
TOTAL ADMINISTRADOS:			0,00	TOTAL ELIMINADOS:			0,00	BALANCE:	0,00

## SIGNOS VITALES

- b) Este hallazgo de **hipotensión** es apremiante para un post operatorio, pues, se constituye por sí mismo una señal de alarma de complicaciones graves como **hemorragias o infecciones** entre otros<sup>4</sup>, desde este contexto esto significa, o que no se informó al médico tratante sobre esta situación clínica, o que por estar ausente ese día no fue posible comentarle el padecimiento de la paciente; además, se evidencia que tampoco fue informado al equipo de médicos que valoró a la señora al día siguiente, aspecto que se puede asegurar plenamente, teniendo en cuenta que no hay registro alguno al respecto en la Historia Clínica, y no se hace referencia sobre ese cuadro en la evolución del día 16 de junio (pág. 32).
- c) Ahora bien, para los consecutivos días 17 y 18 de junio, la paciente siguió presentando cifras anormalmente bajas de tensión arterial asociadas con taquicardia (aumento de

<sup>4</sup> Los signos típicos de sepsis son taquicardia, taquipnea, hipotensión arterial y fiebre..... Datos de laboratorio sugestivos de sepsis son la leucocitosis, que se acompaña de neutrofilia y de la aparición de formas inmaduras, y en ocasiones la leucopenia. Complicaciones posoperatorias de la cirugía colónica. Ruiz-Tovar Jaime, Morales-Castiñeiras Vicente, Lobo-Martínez Eduardo. Cir Cir 2010;78:283-291. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc-1030.pdf> el 15/05/2023



321 802 4194

**Carrera 8 No. 23-09**

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
 Pereira / Risaralda

notificaciones@penaypenaabogados.com  
 luisfranpr01@hotmail.com

www.penaypenaabogados.com

la frecuencia cardiaca), sin embargo esta información que hace parte de los signos de alarma de sepsis, solamente se registró en las notas de enfermería y al parecer no fueron puestos en conocimiento del personal médico o estos no revisaron las notas que hacen las enfermeras, siendo una irregularidad marcada y absolutamente relevante para el estado de salud de la operada, ya que, impide que se conozca realmente como se estaba recuperando y se torna en un obstáculo para determinar concretamente lo que sucedía en el cuerpo de la intervenida frente al contexto de la complicación infecciosa que se venía desarrollando.

- d) Igualmente, se desatiende la presencia de dolor abdominal y vómito durante todo el post operatorio, como se resume en uno de los apartes de la sentencia de primera instancia

*“Se evidencia que, solo hasta 2 días después, esto es, el 16 de junio de 2016 a las 18:38 fue anotado la presencia de dolor cólico, y que le drenaban escaso material purulento de la herida quirúrgica, para lo cual ordenaron cuidar de dicha herida y vigilar sangrado o salida de pus, anotando el día siguiente, 17 de junio a las 17:56, que su dolor abdominal esta poco controlado, no tiene signos de SIRS, realizan drenaje de material hematopurulento y continúan con curación diaria, además de ordenarle paraclínicos de control y los medicamentos metoclopramida, dipirona sodio cloruro, enoxaparina, acetaminofén, tramadol, omeprazol” (pag 47 sentencia 1° instancia).*

Es decir, ante la presencia del dolor abdominal, solamente se le aumentaron los analgésicos, sin explorar su causa y sin hacer el análisis en conjunto con los signos vitales alterados y los cambios en los glóbulos blancos, todos estos, signos claros de una infección que complicaba la cirugía.

- e) El mismo 17 de junio en horas de la noche, la paciente requirió UNA DOSIS ADICIONAL DE TRAMADOL dada la intensidad de su dolor abdominal – sin embargo, el médico que hace la orden médica no registra ningún dato de su estado clínico y de esta complicación no se hace referencia en la evolución del siguiente día, es decir, no se le informó a nadie de la presencia de dolor abdominal persistente o el médico omite simplemente.
- f) Por otro lado, también se hizo caso omiso de la alteración en el hemograma que reportó el día 16 de junio 21.390 leucocitos (valor normal de 5.000 a 10.000) y para el día 17 un descenso a 3.820, siendo estos una manifestación de un cuadro infeccioso grave, como efectivamente ocurrió.



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

En conclusión, se desatendieron “banderas rojas” que evidenciaban la manifestación del cuadro de sepsis que se venía propagando en la paciente y que dentro de la lex artis se han denominado SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA (SIRS por su sigla en inglés), se trata de 4 signos que miden condiciones clínicas y de laboratorio, que se han usado como abordaje inicial para el diagnóstico de la sepsis, los cuales al ser evidenciados en el paciente, obligan al galeno a actuar para determinar de entrada la causa de los mismos y a descartar en primera instancia una sepsis.

En este caso, a pesar de estar presentes estos signos alarmantes desde el día 16 de junio (FC > 90 leucocitos > 12.000 o < 4.000), estos no solo no se detectaron, y se negó su reconocimiento sistemáticamente sin debida evaluación y sin exámenes adicionales, como se puede notar en los registros médicos con la frase automática de “hemodinamicamente estable, sin signos de SIRS”.

Veamos:

Estos signos clínicos empezaron a presentarse desde el 16 de junio, como quedó probado incluso con el testimonio del médico perito cuando se le pregunta sobre los signos vitales y el valor de los leucocitos del día 16 de junio, afirmando ese profesional, que efectivamente dos de los signos de SIRS se encontraban alterados, igualmente se puede constatar en la historia clínica (págs. 30 y 94)

Es decir, donde se registra la anotación del aumento marcado en **los glóbulos blancos-leucocitos, por encima de 12.000** y en el valor de **frecuencia cardiaca (FC) mayor de 90 mmHg**, en otras palabras, presentaba los dos signos de SIRS requeridos para sospechar la presencia de sepsis (minuto 49 :17 de la declaración)

12/06/2016	Médicos	ADENOMA TUBULOVELLOSO CON DISPLASIA DE BAJO GRADO.			
EXAMENES SOLICITADOS				Cantidad	Observaciones
902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA				1	
Fecha Resultado	16/06/2016 8:21:17 a. m.				
RESULTADOS...					
HEMOGRAMA IV	GLOBULOS BLANCOS	21.39	K / uL	4,5	10
HEMOGRAMA IV	NEUTROFILOS	17,12			
HEMOGRAMA IV	LINFOCITOS	2,03			
HEMOGRAMA IV	MONOCITOS	2,13			
HEMOGRAMA IV	EOSINOFILOS	0,09			
HEMOGRAMA IV	BASOFILOS	0,02			
HEMOGRAMA IV	NEUTROFILOS %	80	%		
HEMOGRAMA IV	LINFOCITOS %	9.5	%	25	45
HEMOGRAMA IV	MONOCITOS %	10.0	%	3	10
HEMOGRAMA IV	EOSINOFILOS %	0,4	%		
HEMOGRAMA IV	BASOFILOS %	0.1	%	0	2
HEMOGRAMA IV	GLOBULOS ROJOS	4.13	M/uL	3,5	5,1
HEMOGRAMA IV	HEMOGLOBINA	12.30	gr/dL	12	15,5
HEMOGRAMA IV	HEMATOCRITO	35.80	%	36	46,5
HEMOGRAMA IV	VOLUMEN CORPOSCULAR	86.7	fl	82	96
HEMOGRAMA IV	HEMOGLOBINA CORPOSCU	29.8	pg	25	35
HEMOGRAMA IV	MCHC	34.4	g/dL	25	36
HEMOGRAMA IV	RDW-CV	13.5	%	11	15,5
HEMOGRAMA IV	PLAQUETAS	294	K/uL		
HEMOGRAMA IV	VOLUMEN MEDIO PLAQUE	9.6	fL	7	11
HEMOGRAMA IV	RDW-SD	43.00		36,9	50.2



PROFESIONAL RESPONSABLE  
MEDICINA GENERAL  
CORDOBA MARULANDA OSCAR  
Tarjeta Profesional 16613

aabogados.com

s.com

No Historia Clínica: 42010922      Nombre Paciente: CLAUDIA MARTINA JIMENEZ CARDONA      Ingreso: 1411755  
 Fecha de Registro: 16/junio/2016      Área de Servicio: 06 - H. CIRUGIA

BALANCE DE ENFERMERIA									
HORA	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS			LÍQUIDOS ELIMINADOS			SIGNOS VITALES		
	Líquido	Vía	Cantidad	Líquido	Vía	Cantidad	Signo	Valor	
0:00							FC	97	
							FR	18	
							TEMP	36,8	
							DIASTOLE	44	
							SISTOLE	94	
							SATO2	96	
7:00							SISTOLE	103	
							DIASTOLE	60	
							SATO2	96	
							FR	21	
							FC	98	
							TEMP	37,1	
12:00							FC	95	
							FR	21	
							TEMP	36,9	
							DIASTOLE	60	
							SISTOLE	105	
							SATO2	97	
19:00							SISTOLE	90	
							FC	97	
							FR	19	
							TEMP	36,1	
							DIASTOLE	41	
							SATO2	97	
TOTAL ADMINISTRADOS:			0,00	TOTAL ELIMINADOS:			0,00	BALANCE:	0,00

g) Adicionalmente, ese mismo 16 de junio, el personal de enfermería reportó la **presencia de pus** en la herida quirúrgica, situación que quedó registrada en la nota medica de ese día (pág. 32)

Sin embargo, a pesar de que la nota médica reporta tanto la taquicardia (FC 95 x min) como la leucocitosis (aumento de glóbulos blancos) y la salida de material purulento, se comete un error de diagnóstico y no se interpreta adecuadamente el cuadro clínico, cuando al hacer el registro se anota: “EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD CLINICA Y HEMODINÁMICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA”, es decir, absolutamente contrario a lo que se registraba en la HC de la paciente, efectivamente reunía dos signos de SIRS, sumándole adicionalmente otra manifestación relacionada con una infección dada por la salida de pus por la herida, **por tanto, lo mandatorio para ese momento era confirmar o descartar el cuadro de sepsis y tratarlo efectivamente para no dejar que progresara en detrimento de la salud de la enferma.**



321 802 4194

**Carrera 8 No. 23-09**

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
 Pereira / Risaralda

notificaciones@penaypenaabogados.com  
 luisfranpr01@hotmail.com

www.penaypenaabogados.com

DATOS DEL INGRESO		FOLIO N° 1	Fecha: 16/06/2016 18:38
Responsable:	CARLOS HERRERA	Teléfono Resp:	3304399 - 31174
Dirección Resp:	CARRERA 24 N°7-04 JAPON	N° Ingreso:	1411755 Fecha: 12/06/2016 10:52
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General_Adulto

**SUBJETIVO**  
EVOLUCIÓN MÉDICA DÍA, RONDA Cx GENERAL Dr GUARNIZO. Dx: \* POLIPO GIGANTE DE RECTO/SIGMOIDES YAMADA IV. \* POP ENTEROTOMÍA + RESECCIÓN DE PÓLIPO DE SIGMOIDES .S/ REFIERE DOLOR CÓLICO. ENFERMERÍA REFIERE DRENAJE ESCASO DE MATERIAL PURULENTO POR Hda QUIRÚRGICA.

**OBJETIVO**  
BUENAS CONDICIONES GENERALES. CONSCIENTE, ORIENTADA, COLABORADORA, AFEBRIL, NO SIRS, NO SDR, NO BAJO GASTO, NO VASOPLÉJICA. TA: 105/60mmHg == FC: 95lpm == FR: 21rpm == T°: 36.9 == SpO2: 97 %MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS. CUELLO MOVIL, NO IY, NO RIGIDEZ NUCAL. TORAX SIMÉTRICAMENTE DISTENDIDO, NO TIRAJES, NO RETRACCIONES, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN SOBREGREGADOS. RscRs SIN SOPLOS RÓCES O GALOPES. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO, NO MASAS NI MEGALIAS. NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. Hda ABDOMINAL CUBIERTA. NO SANGRADO ACTIVO, DISCRETO ERITEMA PERILESIONAL, MÍNIMA SECRECIÓN SEROPURULENTO POR PORCIÓN DISTAL DE Hda. EXTREMIDADES MÓVILES, EUTRÓFICAS, NO EDEMAS. NEUROLÓGICO GCS 15/15 SIN DÉFICIT NI FOCALIZACIÓN.

**ANÁLISIS**  
PACIENTE JOVEN EN SU 1° DÍA POP DE ENTEROTOMÍA + RESECCIÓN DE PÓLIPO DE SIGMOIDES. HEMOGRAMA DE CONTROL MUESTRA LEUCOCITOSIS CON IMPORTANTE NEUTROFILIA. NO ANEMIA. EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD CLÍNICA Y HEMODINÁMICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SE INDICÓ EN RONDA CON Cx GENERAL DE TURNO, AVANZAR DIETA A BLANDA, CONTINUAR MANEJO INSTITUCIONAL. SODIO Y POTASIO NORMALES. SE DECIDE SUSPENDER SUPLENCIA DE POTASIO IV.

**SINTOMÁTICO RESPIRATORIO** NO

**PLAN**

IGUAL MANEJO MÉDICO. CONTINUA MANEJO POR Cx GENERAL. AVANZAR A DIETA BLANDA. CUIDADOS DE HERIDA QUIRÚRGICA. (VIGILAR SANGRADO O SALIDA DE PUS). AVISAR CAMBIOS.

**TIPO DE AISLAMIENTO**

DATOS DEL INGRESO		FOLIO N° 12	Fecha: 17/06/2016 17:56
Responsable:	CARLOS HERRERA	Teléfono Resp:	3304399 - 31174
Dirección Resp:	CARRERA 24 N°7-04 JAPON	N° Ingreso:	1411755 Fecha: 12/06/2016 10:52
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General_Adulto

**SUBJETIVO**  
EVOLUCION HOSPITALIZACION CIRUGIA. RONDA DRA DIAZ CX GENERAL. PACIENTE CON IDY DE \* POLIPO GIGANTE DE RECTO/SIGMOIDES YAMADA IV. \* POP ENTEROTOMÍA + RESECCIÓN DE PÓLIPO DE SIGMOIDES. REFIERE DOLOR ABDOMINAL POCO CONTROLADO.

**OBJETIVO**  
\*\*\*\*\* SIGNOS VITALES PA 100/58, FC 98, FR 19, T 36.7, SpO2 97%. \*\*\*\*\* PACIENTE CONCIENTE ORIENTADA AFEBRIL HIDRATADO EN AC EPTABLES CONDICIONES GENERALES, CABEZA Y CUELLO BIEN, SIN ADENOPATIAS, SIN IY, TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RSCRS SIN SOPLOS, MV LIMPIO SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION GENERALIZADA, TIMPANISMO AUMENTADO, LIGERA DISTENSION ABDOMINAL, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, HERIDA EN CURACION CERRADA. EXTREMIDADES SIN EDEMAS, PERFUSION MENOR DE 2 SEG, EXTREMIDADES MOVILES, NEUROLOGICO SIN DEFICIT NI FOCALIZACION.

**ANÁLISIS**  
PACIENTE CON DXS ANOTADO. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRS SIN FIEBRE SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. NO VASOPLÉJICA, EN RONDA CON DRA DIAZ INDICA CURACION DE HERIDA, LA CUAL SE REvisa CON ENFERMERIA ENCONTRANDO DRENAJE DE MODERADA CANTIDAD DE MATERIAL HEMATOPURULENTO, SE RETIRAN PUNTOS Y SE DEJA HERIDA PARA CURACION DIARIA. DIETA BLANDA.

**SINTOMÁTICO RESPIRATORIO** NO

**PLAN**

CURACION DIARIA POR ENFERMERIA. SS PARACLINICOS DE CONTROL. VOM. RESTO CONTINUAR IGUAL MANEJO. SE FORMULA PARA 18/06/2016. CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO. CONTROL DE SIGNOS VITALES. AVISAR CAMBIOS. GRACIAS.

**TIPO DE AISLAMIENTO**

**ANTECEDENTES**

FECHA	TIPO	OBSERVACION
12/06/2016	Médicos	POLIPO GIGANTE DE RECTO-SIGMOIDES YAMAD IV
12/06/2016	Médicos	ADENOMA TUBULO VELLOSO
12/06/2016	Médicos	DIVERTICULOSIS SIGMOIDEA
12/06/2016	Médicos	DOLICO-SIGMOIDE
12/06/2016	Médicos	ADENOMA TUBULOVELLOSO CON DISPLASIA DE BAJO GRADO.

**EXAMENES SOLICITADOS**

EXAMENES SOLICITADOS	Cantidad	Observaciones
902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA	1	

Fecha Resultado 17/06/2016 11:51:16 p. m.

RESULTADOS...				
HEMOGRAMA IV	GLOBULOS BLANCOS	3.82	K/uL	4.5 10
HEMOGRAMA IV	NEUTROFILOS	3.12		
HEMOGRAMA IV	LINFOCITOS	0.36		
HEMOGRAMA IV	MONOCITOS	0.34		
HEMOGRAMA IV	EOSINOFILOS	0		
HEMOGRAMA IV	BASOFILOS	0		
HEMOGRAMA IV	NEUTROFILOS %	81,7	%	
HEMOGRAMA IV	LINFOCITOS %	9.4	%	25 45
HEMOGRAMA IV	MONOCITOS %	8.9	%	3 10
HEMOGRAMA IV	EOSINOFILOS %	0	%	
HEMOGRAMA IV	BASOFILOS %	0.0	%	0 2
HEMOGRAMA IV	GLOBULOS ROJOS	4.12	M/uL	3,5 5,1

**PROFESIONAL RESPONSABLE**



321 802 4194

Carrera 8 No. 23-09

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

notificaciones@penaypenaabogados.com  
luisfranpr01@hotmail.com

www.penaypenaabogados.com

Lo más delicado en este caso es que esta misma situación, se repite sistemáticamente los días siguientes, ya que, la paciente estaba presentando el día 17 de junio taquicardia **FC 98** x min y con disminución de los **leucocitos 3.820**, sumándole la persistencia del **drenaje hemopurulento por la herida** y ahora también con distensión abdominal y dolor abdominal persistente, no obstante, el equipo médico, de manera equivocada y obstinada, nuevamente registra “HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRS SIN FIEBRE SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA” (pág. 34), desatendiendo las evidencias clínicas de una complicación de tipo infeccioso, de manera que, tampoco se consideraron o fueron revisados los registros de signos vitales del servicio de enfermería (pág. 96), en los que quedó registrada la taquicardia persistente de la paciente, acompañada y en asocio de la hipotensión, hallazgos que en su conjunto obligaban necesariamente a profundizar en el asunto e investigar con más persistencia, y de una vez diagnosticar bien, para tratar a tiempo el cuadro infeccioso, y no como se hizo al desatender la situación real de la paciente sin efectuar una revisión de todo el cuadro clínico que se manifestaba canalizándose a una sepsis en proceso, **que estaba manifestándose con un compromiso de su estado cardiovascular e inmunológico, evidentes por los cambios en la frecuencia cardíaca, tensión arterial y la disminución del valor de los glóbulos blancos.**

- h) Ahora bien, por las deficiencias de comunicación y de inobservancia de los signos que evidenciaban la notoria infección, no es posible en este caso establecer si para este momento ya se venían presentando daños por la sepsis en otros órganos o sistemas, pues, al no sospechar del cuadro clínico que presentaba cualquiera que fuese la razón, siendo los galenos los encargados funcionalmente de establecerlo y que no lo hicieron teniendo suficientes evidencias de anomalías físicas en la recuperación de la enferma, no se ordena (sin conocerse una razón clara por parte de la defensa de la demandada) a tiempo las **pruebas clínicas necesarias para valorar el impacto de la enfermedad en la paciente, como serían:** a) el control de la diuresis, b) pruebas para medir la función del sistema renal, c) hepático y d) de coagulación, e) pro calcitonina, f) PCR, pruebas de laboratorios que solamente fueron ordenadas luego del colapso de la paciente, cuando se tuvo que ingresar a la UCI y obviamente para ese momento ya era irreversible el cuadro séptico (pág. 43).



321 802 4194

**Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

notificaciones@penaypenaabogados.com  
luisfranpr01@hotmail.com

www.penaypenaabogados.com

DATOS DEL INGRESO		FOLIO N° 12	Fecha: 17/06/2016 17:56
Responsable:	CARLOS HERRERA	Teléfono Resp:	3304399 - 31174
Dirección Resp:	CARRERA 24 N° 04 JAPON	N° Ingreso:	1411755 Fecha: 12/06/2016 10:52
Finalidad Consulta:	No Aplica	Causa Externa:	Enfermedad General Adulto
<b>SUBJETIVO</b>			
EVOLUCIÓN HOSPITALIZACIÓN CIRUGIA RONDA DRA DIAZ CX GENERAL. PACIENTE CON IUX DE * POLIPO GIGANTE DE RECTO-SIGMOIDES YAMADA IV * POP ENTEROTOMIA + RESECCION DE PÓLIPO DE SIGMOIDES ----- REFIERE DOLOR ABDOMINAL POCO CONTROLADO.			
<b>OBJETIVO</b>			
***** SIGNOS VITALES: PA 100/58, FC 98, FR 19, T 36.7, SpO2 97%. ***** PACIENTE CONCIENTE ORIENTADA AFEBRIL HIDRATADO EN AC EFECTIBLES CONDICIONES GENERALES. CABEZA Y CUELLO BIEN. SIN ADENOPATIAS SIN IV TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. RSCRS SIN SOPLOS. MV LIMPIO SIN AGREGADOS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION GENERALIZADA. TIMPANISMO ALIMENTADO. LIGERA DISTENSION ABDOMINAL. SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. HERIDA EN CURACION CERRADA. EXTREMIDADES SIN EDEMAS, PERFUSION MENOR DE 2 SEG. EXTREMIDADES MOVILES. NEUROLOGICO SIN DEFICIT NI FOCALIZACION.			
<b>ANALISIS</b>			
PACIENTE CON OXIS ANOTADOS. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRS SIN FIEBRE SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. NO VASOPRESORICA. EN RONDA CON DRA DIAZ INDICA CURACION DE HERIDA. LA CUAL SE REVISAS CON ENFERMERIA ENCONTRANDO DRENAJE DE MODERADA CANTIDAD DE MATERIAL HEMATOPURULENTO. SE RETIRAN PUNTOS Y SE DEJA HERIDA PARA CURACION DIARIA. DIETA BLANDA.			
<b>SINTOMATICO RESPIRATORIO</b> NO			
<b>PLAN</b>			
CURACION DIARIA POR ENFERMERIA. SS PARA CLINICOS DE CONTROL. VOM. RESTO CONTINUAR IGUAL MANEJO. SE FORMULA PARA 18/06/2016. CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO. CONTROL DE SIGNOS VITALES. AVISAR CAMBIOS. GRACIAS.			
<b>TIPO DE AISLAMIENTO</b>			
<b>ANTECEDENTES</b>			
FECHA	TIPO	OBSERVACION	
12/06/2016	Médicos	POLIPO GIGANTE DE RECTO-SIGMOIDES YAMAD IV	
12/06/2016	Médicos	ADENOMA TUBULO VELLOSO	
12/06/2016	Médicos	DIVERTICULOSIS SIGMOIDEA	
12/06/2016	Médicos	DOLICO-SIGMOIDE	
12/06/2016	Médicos	ADENOMA TUBULOVELLOSO CON DISPLASIA DE BAJO GRADO	
<b>EXAMENES SOLICITADOS</b>			
902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES	Cantidad	Observaciones	
ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA	1		
Fecha Resultado 17/06/2016 11:51:16 p. m.			
<b>RESULTADOS</b>			
HEMOGRAMA IV	GLOBULOS BLANCOS	3.82	K / uL 4.5 10
HEMOGRAMA IV	NEUTROFILOS	3.12	
HEMOGRAMA IV	LINFOCITOS	0.36	
HEMOGRAMA IV	MONOCITOS	0.34	
HEMOGRAMA IV	EOSINOFILOS	0	
HEMOGRAMA IV	BASOFILOS	0	
HEMOGRAMA IV	NEUTROFILOS %	81.7	% 25 45
HEMOGRAMA IV	LINFOCITOS %	9.4	% 3 10
HEMOGRAMA IV	MONOCITOS %	8.9	%
HEMOGRAMA IV	EOSINOFILOS %	0	%
HEMOGRAMA IV	BASOFILOS %	0.0	% 0 2
HEMOGRAMA IV	GLOBULOS ROJOS	4.12	MuL 3.5 5.1
<b>PROFESIONAL RESPONSABLE</b>			

Para el día 18, ya la paciente mostraba evidencias de un estado avanzado de su complicación, condición registrada en la nota médica (págs. 37 y 38) con taquicardia importante **FC 118x/min** sumado a hipotensión (**83/52 mmHg**), **leucocitos bajos 2.230**, sin embargo, se sigue considerando equivocadamente a la enferma “PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN SIGNOS DE SIRS NO BAJO GASTO.” (sic.), error de diagnóstico que hace que cuando la paciente colapsa y presenta alteración de su sistema respiratorio por la sepsis, se sospecha de una patología diferente a la sepsis, como es el trombo embolismo pulmonar TEP (pág. 40), condición causada por la migración de coágulos a los pulmones y solo se hizo el diagnóstico real de sepsis cuando es valorada por el médico de la UCI, en un estado ya tardío para iniciar el tratamiento, pues, ya se habían perdido al menos 2 días en los que la enfermedad progresó sin tratamiento alguno que la contuviera.

- Todos estos factores de alarma desatendidos o mal interpretados se materializan en la sepsis que se venía formando sin tratamiento **desatendiendo otras señales de alarma como el dolor abdominal<sup>5</sup> y la secreción purulenta por la herida quirúrgica como se ha venido reseñando**, las que según notas de enfermería del día 17 de junio

<sup>5</sup> La sepsis de origen abdominal puede manifestarse como peritonitis local o generalizada, enterocolitis, septicemia, absceso, flemón u otras infecciones entéricas. El diagnóstico es en ocasiones difícil, pero es determinante diferenciar las infecciones subsidiarias de tratamiento conservador de aquellas que requieren manejo quirúrgico. El síntoma principal es el dolor, en ocasiones difícil de distinguir del dolor de la herida quirúrgica. Un dolor localizado, especialmente en la zona donde se encuentra la anastomosis, debe hacer sospechar un absceso. Complicaciones posoperatorias de la cirugía colónica. Ruiz-Tovar Jaime, Morales-Castiñeiras Vicente, Lobo-Martínez Eduardo. Cir Cir 2010; 78:283-291 Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc103o.pdf> el 15/05/2023.



321 802 4194

**Carrera 8 No. 23-09**

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

notificaciones@penaypenaabogados.com  
luisfranpr01@hotmail.com

www.penaypenaabogados.com

(págs. 96 y 97) en dos ocasiones el personal de enfermería informó al médico de turno de las manifestaciones hechas por la paciente de dolor abdominal persistente, sin embargo, este relevante síntoma, que era la exteriorización manifiesta de la infección intraabdominal (peritonitis) que ya presentaba la paciente, tampoco fue considerado ni valorado con la importancia que ameritaba, por el contrario, solo se le ordenan más analgésicos que tan solo sirvieron para enmascarar el cuadro clínico. Llegando la situación a un tope de inoperancia médica, que no es otra cosa que la prueba del manejo negligente que le suministraron a la infectada.

- Se evidencia en el registro de la atención prestada ese 17 de junio por el médico de turno, cuando después de la información suministrada por parte de enfermería relacionada con la queja que la paciente presenta, sobre el dolor abdominal, únicamente se deja como registro “SE ABRE FOLIO PARA FORMULAR TRAMADOL DEBIDO AL DOLOR PERMANETE QUE TIENE LA PACIENTE EN TODO EL ABDOMEN” (sic) (pág. 36)

Plan Beneficios:	ASMET SALUD ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA EPS -S	Nivel - Estrato:	SUBSIDIADO 1	
<b>DATOS DEL INGRESO</b>				
Responsable:	CARLOS HERRERA	FOLIO N° 13	Fecha: 17/06/2016 20:55	
Dirección Resp:	CARRERA 24 N°7-04 JAPON	Teléfono Resp:	3304399 - 31174	
Finalidad Consulta:	No Aplica	N° Ingreso:	1411755	Fecha: 12/06/2016 10:52
		Causa Externa:	Enfermedad General Adulto	
<b>SUBJETIVO</b>				
SE ABRE FOLIO PARA FORMULAR TRAMADOL DEBIDO AL DOLOR PERMANETE QUE TIENE LA PACIENTE EN TODO EL ABDOMEN				
<b>OBJETIVO</b>				
<b>ANALISIS</b>				
<b>SINTOMATICO RESPIRATORIO</b> NO				
<b>PLAN</b>				
<b>TIPO DE AISLAMIENTO</b>				
<b>ANTECEDENTES</b>				
FECHA	TIPO	OBSERVACION		
12/06/2016	Médicos	POLIPO GIGANTE DE RECTO-SIGMOIDES YAMAD IV		
12/06/2016	Médicos	ADENOMA TUBULO VELLOSO		
12/06/2016	Médicos	DIVERTICULOSIS SIGMOIDEA		
12/06/2016	Médicos	DOLICO-SIGMOIDE		
12/06/2016	Médicos	ADENOMA TUBULOVELLOSO CON DISPLASIA DE BAJO GRADO.		
<b>PLAN DE MANEJO</b>				
TRAMADOL HCI 100 mg/2 ml SOL INY	Concentracion	Cantidad	Observaciones	
	100 MG/2 ML	3	DILUIR A 10 CC Y APLICAR IV CADA 8 HORAS	
<b>DIAGNOSTICOS</b>				
K635	POLIPO DEL COLON			Dx Principal <input checked="" type="checkbox"/>

Registro en la Historia Clínica que no solo incumple con toda la reglamentación respecto de los requisitos que debe reglar ese documento de registro, sino que evidencia la **desatención respecto del síntoma y su causa**, que no era otra que la presencia de una infección dentro de la cavidad abdominal, pues, como es sabido, cuando la cavidad abdominal se contamina con bacterias, se produce la inflamación de estructuras internas, entre ellas el peritoneo, que se manifiesta con dolor. Así que, lo recomendado en estos casos, no es tratar solo el síntoma, sino buscar la causa y realizar el tratamiento de manera oportuna. Esta recomendación es bien conocida y aplica en todas las causas de peritonitis como puede ser la perforación de un apéndice o como en el caso de esta paciente, la dehiscencia de la sutura de su cirugía.



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ notificaciones@penaypenaabogados.com  
luisfranpr01@hotmail.com

🌐 www.penaypenaabogados.com

#### 4. Deficiente comunicación entre el equipo médico y paramédico que no fue debidamente estudiado en el fallo.

Esta situación relevante en la atención médica, que, por la pobre, escasa y casi nula comunicación que se tuvo entre el equipo auxiliar y los médicos tratantes se evidencia en todo el proceso de la atención, evento que es determinable al revisar la historia clínica y las notas de enfermería, se constituye en un factor determinante en el desenlace negativo de la infectada, por no realizarse a tiempo el diagnóstico de la complicación que presentó.

Ahora bien, lo primero hay que resaltar es el hecho de que el médico que realiza la cirugía, Dr. Hinestroza – solamente ve a la paciente el día de la intervención quirúrgica (14 junio) y luego son otros profesionales los encargados del seguimiento de la intervenida; Por lo tanto, los registros clínicos son concluyentes en establecer sin que exista prueba en contrario que **NO** hay en la historia clínica, registro de la comunicación del Dr. Hinestroza con el médico que iba a continuar al día siguiente con los controles, pues, **como ya se anotó, ese día 15 de junio nadie (No se) valoró a la paciente**, tampoco hay evidencia de que al Dr. Hinestroza se le informaran los cambios que venía presentando la paciente, siendo este profesional quien mejor conocía las condiciones de la cirugía practicada y del tipo de sutura realizada. *(Lo que se afirma no es una conjetura, ya que, el documento clínico que debe contener esa información es la Historia Clínica y si no se tienen anotaciones al respecto, no se pueden hacer deducciones direccionadas de otra manera diferente o simplemente justificarse).*

Según los registros de enfermería, la paciente presentó alteración en sus signos vitales, específicamente en la tensión arterial, la que desde el 15 junio tenía una tendencia a la baja, es decir, a la hipotensión (pág. 91) en niveles que incluso imposibilitaron la administración del medicamento – dipirona – así que, como ya se mencionado, estos valores alterados de la tensión arterial o la situación con el medicamento, no aparecen registrados en las notas medicas del día siguiente (16 de junio) situación anormal que favorece el error en el diagnóstico, pues, si no fueron informadas al grupo de galenos, no pudieron ser tenidas en cuenta, ni consideradas en conjunto, con las otras alteraciones que se venían presentando, por ejemplo; con los valores de glóbulos blancos (leucocitos).

También, en las notas de enfermería se registran valores anormalmente altos en la frecuencia cardiaca, presentando taquicardia ( $FC > 90 \times \text{min}$ ) desde el día 16 de junio (pág. 94). Valores anormales que son de total importancia toda vez que hacen parte de **los signos de alarma de complicaciones (SIRS)**, no obstante, no hay anotaciones en las notas medicas de esos días, de que se les hayan informado estos hallazgos. Téngase en cuenta que las notas de evolución médica se limitaron a registrar un único valor de signos vitales en el día, error trascendental y de mucha importancia, toda vez, que se tomaron decisiones con información incompleta,



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

pues no se consideró el conjunto o cúmulo de registros de todo el día, sino solo se tuvo en cuenta, el estado puntual al momento de la visita médica.

Si a esto se le suma el error del equipo médico, que cuando en la nota de evolución registra signos vitales alterados, estos se interpretaron erróneamente como normales o no alterados, se puede entender cómo se origina la falla en el diagnóstico y en el acto médico.

También repito se presentaron fallas en la comunicación que se debía impartir, respecto del dolor abdominal persistente de la paciente, pues el día 17 de junio, cuando por un lado el personal de enfermería recibe la queja de la paciente sobre este síntoma (pág. 97) y se lo comunica al médico de turno, el profesional encargado se apresura y sin mayor convicción de la realidad física de la paciente, se limita a ordenar el medicamento tramadol y deja un registro deficiente en la historia clínica sobre la decisión tomada sobre ese medicamento.

CUBIERTA CON APOSITO, CURACION DIARIA.		
HORA: 06:00 p. m.	TITULO: EVOLUCION	IMPORTANCIA: Ninguna
RESPONSABLE: OROBIO VALLECILLA FLORISA		
SUBJETIVO-OBJETIVO		ANALISIS-PLAN
PACIENTE QUE DURANTE EL DIA PASO EN REGULARES CONDICIONES REFIRIENDO DOLOR SE AVISA AL MEDICO DE TURNO QUIEN ORDENA UNA AMP DE TRAMADOL EN 100CC DE SNN DESPUES DE ESTO LA PTE PRESENTA EMESIS EN ABUNDANTE CANTIDAD VILIOSO SE LE ADM MEDIA AMP DE PLAISL POR ORDEN MEDICA Y UN BOLO DE HARTMAN DE 500CC SIN MAS CAMBIOS HASTA EL MOMENTO		
HORA: 07:00 p. m.	TITULO: RECIBO	IMPORTANCIA: Ninguna
RESPONSABLE: ARIAS GOMEZ TATIANA		
SUBJETIVO-OBJETIVO		ANALISIS-PLAN
RECIBO PTE EN CAMA EN REGULARES CONDICIONES, CONCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, REFIRIENDO MUCHO DOLOR CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, SIN SOPORTE DE OXIGENO, CON CATETER PERMEABLE PARA TTO. CON HDA INFRAUMBILICAL ABIERTA EMPAQUETADA CUBIERTA CON APOSITO + FAJA COMPRESIVA, AMBULATORIA ASISTIDA CON ACOMPAÑANTE		
CONTROL DE MEDICAMENTOS		
Medicamento	Presentación	Concentración

Este tipo de registro deficiente, jurisprudencialmente se ha considerado como un elemento irregular que induce al error del equipo médico y constituyen un indicio del manejo negligente prestado a la paciente (ver fallo Consejo Estado en caso similar)<sup>6</sup>

5. El Juzgador no tiene en cuenta las contradicciones de los registros clínicos con el diagnóstico y la falta de tratamiento oportuno contra la sepsis que se desarrollaba progresivamente en el foco de la intervención quirúrgica.

Como consecuencia de lo que se ha expuesto, se puede asegurar que en este asunto no se hizo a tiempo el diagnóstico de las complicaciones que se presentaron en la operada y por

<sup>6</sup> CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero Bogotá, D.C., trece (13) de noviembre de dos mil catorce (2014) Expediente: 31182 Radicación: 050012331000199903218-01



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

ese mismo motivo, no se le realizaron a tiempo las medidas necesarias indicadas para controlar la infección intraabdominal y el tratamiento farmacológico efectivo, para contrarrestarlo.

Como lo expuso el médico perito en su sustentación, la paciente presentó una dehiscencia de la sutura realizada en el colon, derivando la salida de bacterias intestinales hacia la cavidad peritoneal, estas bacterias colonizan e inflaman el tejido peritoneal, a la vez, generan por diferentes vías la descompensación de múltiples órganos y sistemas que terminan dependiendo de la severidad, causando finalmente la muerte. Según el médico perito, a **la paciente se le encontraron 3 litros de líquido purulento dentro de la cavidad abdominal cuando fue intervenida por segunda vez el día 18 de junio**; ahora bien, para ese momento (18 de junio) es posible que ya las acciones realizadas ese día no fueran suficientes para revertir el cuadro, sin embargo, esta situación no debe entenderse como imprevisible y menos irresistible, ya que, si se hubiesen hecho las cosas como exigen los estándares de la medicina el diagnóstico se hubiese podido hacer bien días antes, pues, **esta cantidad de material purulento no se acumula de un momento a otro, sino que conlleva un proceso de al menos cuatro días almacenándose en este caso**, es decir, tuvo tiempo suficiente para formarse y que también, estuvo manifestándose corporalmente de diferentes maneras, señales que fueron siempre ignoradas por el personal médico y paramédico de la institución hospitalaria.

Estas manifestaciones fueron:

- **Alteración en los valores de signos vitales, inicialmente en la tensión arterial**, la cual desde el día 15 se encontró anormal, con valores tan bajos que motivaron la suspensión del medicamento dipirona como ya se ha referido previamente, **situación que en ese momento debió prender las alarmas para buscar y determinar su causa**, la cual podría ser determinante de una hemorragia del sitio de la cirugía o el inicio de la infección, sin embargo, este hallazgo no se dio a conocer al personal médico y en consecuencia no se tuvo en cuenta para el diagnóstico realizado.
- **La alteración en la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria**, señal que fue concomitante con la disminución de la tensión arterial desde el día 16 de junio, pero que igualmente, fue ignorada o no informada al personal médico. Pero, que según se manifiesta por el medico perito “presentaba al menos dos signos de SIRS desde el 16 de junio (min 49:17 y en el récord 1:15:18)”.
- **La alteración en el valor de los leucocitos**, los que desde el día 16 de junio se encontraban inusualmente altos y para el día 17 de junio ya estaban anormalmente bajos, y que claramente era una manifestación inequívoca de un cuadro infeccioso,



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

pues, no tenía la paciente otra causa que motivara este cambio dramático en los valores de los glóbulos blancos, y que, en asocio con la frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, hacen parte de los signos de SIRS – indicativos de un cuadro séptico.

- **La presencia de material purulento en la herida quirúrgica desde el día 16 de junio**, hecho que debía considerarse en conjunto con los otros signos de SIRS– para que al menos se sospechara de la sepsis y así haber adelantado a tiempo los estudios de diagnóstico, que solo fueron ordenados hasta el día 18 de junio cuando el cuadro ya era irreversible.
- **La presencia de dolor abdominal desde el día 17 de junio**, registrado en las notas de enfermería y en una nota médica en la que según lo manifestado por el médico perito en su declaración **“corresponde a una nota administrativa”**, pues no, se dejó registro del estado de la paciente en ese momento, para saber si presentaba otros signos de irritación peritoneal, por ejemplo, solo se le ordenó un medicamento para el dolor.
- **El equipo médico tratante ignoró los signos de SIRS**, el día 16 de junio según registro la paciente tiene FC 95 xmin FR 21 xmin leucocitos 23.000, es decir, **tiene dos criterios de SIRS**, sin embargo, en la nota médica se afirma **“sin signos de SIRS”** el día 17 de junio tiene FC 98 Xmin leucocitos 3.820 nuevamente **presenta dos signos de SIRS** y de nuevo se registra **“sin signos de SIRS”** y así mismo, se registra el 18 de junio FC 118 x min FR 22 x min leucocitos 2.230 **esta vez tres signos de SIRS**, no obstante, se sigue registrando que la paciente está **HEMODINAMICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE SIRS lo cual descarta la teoría del “error de digitación”** y en cambio sí nos muestra la realidad que se experimentaba por la desatención, que no es otra cosa diferente a asegurar que estos signos no advertidos o no fueron tenidos en cuenta, pues, de haber sido identificados se hubiese efectuado un diagnóstico temprano de la sepsis.

En conclusión, no se evaluó al paciente en su conjunto e integralmente, es decir, que el grupo de médicos no recibió la información del personal auxiliar de salud sobre los cambios en los signos vitales y el dolor abdominal, no se atendieron las señales de alarma como los signos de SIRS, la presencia de dolor abdominal, los episodios de hipotensión, en otras palabras, no se ordenaron pruebas adicionales de diagnóstico a tiempo y por esta razón no pudo llegar oportunamente a un diagnóstico de sepsis oportuno, defectos notorios que los lleva errar, porque, como está demostrado hasta último momento se consideraron otros diagnósticos diferentes por los galenos, como el de tromboembolismo pulmonar TEP patología que se manifiesta por dificultad para respirar, pero, que no explica las demás manifestaciones, como los cambios en los leucocitos o el dolor abdominal que presentaba la paciente, se hizo un registro

☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)



inadecuado en la historia clínica con un “cortar y pegar” diario de HEMODINAMICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE SIRS , cuando la realidad era todo lo contrario .

**6. Ausencia de consentimiento informado adecuado no fue contemplado ni valorado por el Juez para dictar la sentencia.**

Aunque existe en el archivo clínico un documento de consentimiento informado firmado por la señora CLAUDIA MARTINA JIMENEZ CARDONA fechado 01/12/2015, con el que se consiente el procedimiento propuesto de SIGMOIDECTOMIA<sup>7</sup> que consiste en extirpar en todo o una parte del colon sigmoideo.

El consentimiento informado que fue firmado por la paciente durante la consulta médica del mismo día según registro médico, se le informó que este procedimiento, que consiste en la sección de una porción del colon, iba a ser realizado con unos equipos especiales como bisturí harmónico – grapadora lineal – grapadora circular, es decir, utilizando un tipo de sutura mecánica especial.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE	CODIGO: HO-FR-052 VERSIÓN: 002 FECHA: Abril 2014 Página 1 de 1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS	
	DATOS DE IDENTIFICACION.	

Nombres y apellidos del paciente Claudia Martina Jimenez  
 Documento No. 42.090.922 Fecha de diligenciamiento 01-12-2015 Hora \_\_\_\_\_  
 Nombre técnico del procedimiento que se va a realizar: Sigmoidea Tomia  
 Tipo de anestesia (en caso de necesidad): General

**B. DECLARACION DEL PACIENTE.**

1. Declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y el propósito de este procedimiento. Me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como otras alternativas de tratamiento. También me han explicado los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente de que no hay garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente, (en lenguaje sencillo):

son: Resección de la flexura sigmoidea y porción de colon descendente y sigmoides, y parte de recto. los posibles riesgos

2. y que será practicada por el (los) doctor (es): \_\_\_\_\_

3. Por medio de la presente constancia, en forma libre otorgo mi consentimiento para que se me practique el procedimiento descrito arriba y los procedimientos complementarios o modificados en caso de que se haga un diagnóstico diferente al anterior, al momento de la actividad médica.

4. Doy mi consentimiento para que me administren la anestesia señalada arriba, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas.

5. En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones: \_\_\_\_\_, si no hay condiciones, escribase ninguna

6. Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

7. El hospital Universitario San Jorge de Pereira queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos, cuya práctica solicite a mi costa.

8. Autorizo para que la Historia Clínica, los exámenes de laboratorio, de patología, radiografías, fotografías y demás anexos de la Historia Clínica, puedan ser revisados con fines de auditoría médica interna y externa, por quien autorice y sea responsable del pago, y por personal en formación, ya que se me ha explicado que esta es una Institución Universitaria.

Firma del paciente. Juancho M. Jimenez, Testigo. \_\_\_\_\_  
 c.c. No. 42010922 (Dusy) Sc. No. \_\_\_\_\_

**C. DECLARACIONES Y FIRMAS**

1. Médico (s) responsable (s): \_\_\_\_\_, he informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas y de los resultados que le esperan.

Firma del profesional (es) Hernandez, doc. Identidad. 10.140.604, fecha. \_\_\_\_\_

2. Tutor legal o familiar: \_\_\_\_\_, se que el paciente, \_\_\_\_\_ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí

<sup>7</sup> Sigmoidectomía: Extirpación de la flexura sigmoidea del colon, realizada con la mayor frecuencia para extirpar un tumor maligno. Diccionario Mosby - Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Ediciones Hancourt, S.A. 1999.



321 802 4194

notificaciones@penaypenaabogados.com  
 luisfranpr01@hotmail.com

**Carrera 8 No. 23-09**

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
 Pereira / Risaralda

www.penaypenaabogados.com

### HISTORIA CLINICA - CONSULTA EXTERNA

N° Historia Clínica: 42010922      Edad En El Momento De La Atención 43 Años

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente: CLAUDIA MARTINA JIMENEZ CARDONA      Identificación: 42010922      Sexo: Femenino  
 Fecha Nacimiento: 23/enero/1972      Edad Actual: 46 Años \ 11 Meses \ 16 Días      Estado Civil: Casado  
 Dirección: CARRERA 24 N°7-04 JAPON      Teléfono: 3304399 - 3117487891  
 Procedencia: PEREIRA      Ocupación:

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: ASMET SALUD EPS S.A.S.  
 Plan Beneficios: ASMET SALUD ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA EPS -S      Nivel - Estrato: SUBSIDIADO 1

**DATOS DEL INGRESO**      FOLIO N° 1

Fecha: 01/12/2015 15:16      Ingreso: 1376430  
 Finalidad Consulta: No\_Aplica      Causa Externa: Enfermedad\_General\_Adulto  
 Motivo de Consulta: POLIPO RECTAL.  
 Enfermedad General: PACIENTE CON POLIPO RECTAL A 25 CMS DEL MARGEN ANAL.

**REVISION POR SISTEMAS**

NO

**EXAMEN FISICO**

Aspecto y Estado General del Paciente  
 ADECUADAS CONDICIONES, AFEBRIL, HIDRATADA.ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.CP SIN ALTERACIONES.ABDOEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO DOLOR.RESTO BIEN  
 FC 0,00 FR 0,00 T.A.S 0,00 T.A.D 0,00 T.A.M 0,00 PESO 0,00 Kg TALLA 0,00 Mts IMC 0,00 SIN DATO

**SINTOMATICO RESPIRATORIO** NO

**VICTIMA VIOLENCIA SEXUAL**      **VICTIMA VIOLENCIA FISICA**      **VICTIMA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

**CONDUCTA**  
 SE PROGRAMA SIGMOIDECTOMIA .PREQUIRURGICOS.VALORACION ANESTESICA.SE INFORMAN RIESGOS QUIRURGICOS.

**ANTECEDENTES**

FECHA	TIPO	OBSERVACION

**EXAMENES SOLICITADOS**

	Cantidad	Observacion
902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA	1,00	
902045 - TIEMPO DE PROTROMBINA PT	1,00	
902049 - TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT	1,00	

**PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS**

902049 - TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT	PROCTOSIGMOIDECTOMIA.TIEMPO TRES HORAS.REQUIERE HOSPITALIZACION 24 HORAS ANTES PARA PREPARACION DE COLON.REQUIERE GRAPADORA LINEAL DE 55 MM MAS TRES RECARGAS LINEALES.REQUIERE GRAPADORA CIRCULAR DE 27 MM DE DIAMETRO.REQUIERE BISTURI HARMONICO.
---	---

**DIAGNOSTICOS**

K621 - POLIPO RECTAL      **Dx PRINCIPAL**

Sin embargo, el día 14 de junio, a la paciente se le practica una intervención quirúrgica diferente denominada ENTEROTOMIA<sup>8</sup> + RESECCION DE POLIPO- la cual es diferente a la propuesta inicialmente, ya que, consiste en el corte o apertura de la pared del intestino, la resección de la masa y el cierre de la pared intestinal. **No se evidencia en la historia clínica que a la paciente se le haya pedido su consentimiento respecto al cambio en el procedimiento, informando los motivos de dicho cambio, las ventajas o desventajas del mismo respecto de las complicaciones o el tratamiento definitivo de su patología, el cambio en los riesgos por el uso de otra técnica quirúrgica en donde ya no se iban a utilizar los equipos sugeridos inicialmente, todas estas condiciones que obligaban a la firma de un nuevo**

<sup>8</sup> Enterotomía o talla intestinal: Es la apertura del ID para evacuar el contenido gaseoso o líquido así también para extraer cualquier cuerpo extraño (CE) o tumoración que ocupe la luz del órgano. de Armas-Pérez, B., & Barrabí-Díaz, A. (2020). Conceptos y técnicas básicas en cirugía del intestino delgado. *Archivo Médico Camagüey*, 24(4), 607-616. Recuperado de <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6581/3620>



321 802 4194

**Carrera 8 No. 23-09**

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

notificaciones@penaypenaabogados.com  
luisfranpr01@hotmail.com

www.penaypenaabogados.com

**consentimiento** donde se deje constancia escrita de la información brindada, es más, en este caso no se evidencia que se haya presentado una situación de urgencia que permitiera la actuación del médico sin solicitar el consentimiento de la paciente.

Debe entenderse entonces que, la actuación médica realizada por el cirujano tratante, la estaba realizando sin obtener el consentimiento informado de la paciente, pues, se practicó una intervención quirúrgica diferente a la planteada, incluyendo un tipo de sutura diferente a la original, sin que, se documentara de manera alguna en las notas médicas, que este cambio se le había informado a la señora CLAUDIA MARTINA JIMENEZ.

DATOS PERSONALES			
<b>Nombre Paciente:</b>	CLAUDIA MARTINA JIMENEZ CARDONA	<b>Identificación:</b>	42010922 <b>Sexo:</b> Femenino
<b>Fecha Nacimiento:</b>	23/enero/1972 <b>Edad Actual:</b> 46 Años \ 11 Meses \ 16 Días	<b>Estado Civil:</b>	Casado
<b>Dirección:</b>	CARRERA 24 N°7-04 JAPON	<b>Teléfono:</b>	3304399 - 3117487891
<b>Procedencia:</b>	PEREIRA	<b>Ocupación:</b>	
DATOS DE AFILIACIÓN			
<b>Entidad:</b>	ASMET SALUD EPS S.A.S.		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASMET SALUD ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA EPS -S	<b>Nivel - Estrato:</b>	SUBSIDIADO 1
DATOS DEL INGRESO FOLIO N° 8			
<b>Fecha:</b>	14/06/2016 12:40	<b>Teléfono:</b>	3304399 - 31174
<b>Responsable:</b>	CARLOS HERRERA	<b>N° Ingreso:</b>	1411755 <b>Fecha:</b> 12/06/2016 10:52
<b>Dirección:</b>	CARRERA 24 N°7-04 JAPON	<b>Causa Externa:</b>	Enfermedad_General
<b>Finalidad Consulta:</b>	No_Aplica		
A. IDENTIFICACIÓN			
<b>Cirujano</b>	10140804 HINESTROZA BARRIOS JESUS	<b>Ayudante</b>	52836594 DIAZ RIVERA MARIA CAROLINA
<b>Anestesiologo</b>	10278284 SERNA GONZALEZ JORGE ENRIQUE	<b>Otro</b>	REGISTRE EL AYUDANTE
B. CLASIFICACION DE LA HERIDA QUIRURGICA LIMPIA CONTAMINADA			
C. INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA			
<b>Fecha de Realizado</b>	14/06/2016 12:33:40 p. m.	<b>Hora Inicial</b>	14/06/2016 12:00
		<b>Hora Final</b>	14/06/2016 12:33
		<b>DURACION</b>	0 Horas 33 Minutos
<b>INTERVENCION(ES) REALIZADA(S)</b>		<b>TIPO DE ANESTESIA</b>	GENERAL PROTESIS NO
<b>CIRUGIA 1:</b>	1. ENTEROTOMIA.2. RESECCION POLIPO SIGMOIDES.		
<b>CIRUGIA 2:</b>			
<b>CIRUGIA 3:</b>			
<b>CIRUGIA 4:</b>			
<b>CIRUGIA 5:</b>			
D. INDICADORES DE RIEGO DE INFECCION			
<b>1. INDICE NNIS</b>		<b>2. INDICE SENIC</b>	
<b>Clasificacion ASA</b>	2	<b>Procedimeinto Abdominal</b>	SI Multiples Diagnósticos NO
<b>Clasificacion Herida</b>	LC	<b>Tiempo de cirugía&gt;a 2 Horas</b>	NO
<b>Tiempo Quirurgico</b>	< 2 HORAS	<b>Cirugía Contaminada</b>	NO
	<b>TOTAL NNIS 0,00</b>		<b>TOTAL SENIC 1,00</b>
E. OTROS			
<b>ANTIBIOTICO</b>	Profilactico SI	<b>Cual</b>	CEFAZOLINA
	Terapeutico NO	<b>Seguimiento a 30 Dias</b>	NO
F. DESCRIPCION DE LOS HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMEINTOS Y COMPLICACIONES			
ASEPSIA, ANTISEPSIA.CAMPOS OPERATORIOS.INCISION MEDIANA INFRAUMBILICAL.DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD.SE REALIZA ENTEROTOMIA DE COLON SIGMOIDES IDENTIFICANDO POLIPO DE 2 CMS DE DIAMETRO CON PEDICULO LARGO DE 3 CMS DE LONGITUD.RESECCION DE POLIPO EN LA BASE DEL PEDICULO.LIGADURA DEL PEDICULO CON VICRYL 2/0.CIERRE DE LA ENTEROTOMIA CON PDS 3/0.GASAS Y COMPRESAS COMPLETAS.NO COMPLICACIONES.CIERRE DE FASCIA CON PDS 2/0.PIEL CON PROLENE 3/0.			
ANTECEDENTES			
<b>FECHA</b>	<b>TIPO</b>	<b>OBSERVACION</b>	

*“Esto es así, pues el consentimiento no es aquel que se otorga en abstracto, sino el referido a los riesgos concretos de cada procedimiento; sin que sea suficiente la manifestación por parte del galeno en términos científicos y complejos de las terapias o procedimientos a que deberá someterse el paciente, sino que deben hacerse inteligibles para que este conozca ante todo los riesgos que el procedimiento específico implica y así pueda expresar su voluntad de someterse al mismo”. Sentencia T-018- 23*



☎ 321 802 4194

📍 Carrera 8 No. 23-09

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ notificaciones@penaypenaabogados.com  
luisfranpr01@hotmail.com

🌐 www.penaypenaabogados.com

En conclusión: No se puede inferir que en este caso se materializó un riesgo propio de la cirugía realizada, pues, aunque puede decirse que la dehiscencia de la sutura que lleva a la contaminación de la cavidad abdominal con bacterias procedentes del intestino, constituyen uno de los riesgos propios de la intervención practicada, la realidad es que no fue esta falla en la sutura, la causante del deceso de la paciente, sino la sumatoria de errores en el proceso de atención en los días posteriores a la cirugía, los que llevaron a la paciente a una situación irreversible de shock séptico de origen abdominal.

Como se manifestó previamente, el consentimiento informado dado por la señora CLAUDIA MARTINA JIMENEZ CARDONA, no puede ser considerado válido, pues, como se describió tenía otras características y fue dado para una intervención quirúrgica diferente a la que finalmente se practicó a la paciente y sobre esta última situación, no hay soporte en la historia clínica con el que se demuestre que se cumplieron los requisitos que se han considerado para determinar la existencia de un consentimiento otorgado con la información completa, pues, no hay registro escrito del mismo ni evidencia de una situación de urgencia que permitiera obviarlo.

Sin embargo y sin asumir validez en el documento firmado el 01 /12/2015. Tampoco, puede decirse que la firma del consentimiento informado autorizara la actuación negligente del personal de salud, al contrario, lo que se espera, es que conocidos los riesgos propios de cada intervención, sobre ellos se orienten las intervenciones que permitan en caso de materializarse, una atención oportuna para evitar o mitigar las consecuencias de los mismos, siempre y cuando se haga a través del reconocimiento oportuno de las llamadas “banderas rojas” o signos de alarma, que para este caso eran los signos de SIRS, situación que en este caso no se cumplió, porque asumiendo que se conocían los riesgos, se actúa por el personal del hospital contrario a lo esperado, pues, se ignoraron estos signos clínicos y de laboratorio que podían haber solucionado a tiempo la complicación surgida por la dehiscencia de la sutura, la cual desde etapas tempranas del post operatorio dio señales de estarse presentando, en las manifestaciones corpóreas de la paciente los signos de SIRS como respuesta a la inflamación de la cavidad abdominal.

Esta negligencia en el seguimiento no fue solo del personal médico que ignoró los signos referidos, a pesar, de haberlos anotado en la historia clínica, sino que se potencializó por la falta de comunicación entre el personal médico y el personal auxiliar, quienes incumplieron el deber de informar a tiempo sobre los resultados anormales en los valores de los signos vitales.

Es importante entender, que la presentación de la complicación – en este caso la dehiscencia, por sí misma, no causa la muerte tampoco debe entenderse que una vez ocurrida, no se tenga solución o tratamiento de la complicación, por el contrario, los grupos de científicos



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

expertos en este tema, han establecido por estudios clínicos, que el factor tiempo es el determinante para lograr disminuir la severidad del cuadro, pues, de hacer un diagnóstico a tiempo e iniciar un manejo adecuado va a depender que sobreviva el paciente.

Si bien hasta hace unos años la piedra angular en el tratamiento de la sepsis eran los antibióticos, en la actualidad se ha visto que la probabilidad de sobrevivir a esta agresión depende en gran medida de la precocidad en el diagnóstico y de la instauración de un tratamiento temprano y adecuado, ya que se trata de una enfermedad dependiente del tiempo<sup>9</sup>

Es entonces, el factor tiempo, determinante del resultado final, pues, hecho el diagnóstico o al menos la sospecha del diagnóstico, se debe iniciar el manejo con Líquidos endovenosos, antibióticos y la limpieza de la cavidad abdominal,

(...) La rapidez de administración es central para el efecto benéfico de los antibióticos adecuados. En presencia de sepsis o choque septicémico, cada hora de retraso en la administración de los antibióticos adecuados se asocia a un aumento medible en la mortalidad

(...) Los principios de control de fuente en el tratamiento de la sepsis y el choque septicémico incluyen el diagnóstico rápido del sitio específico de la infección y la determinación de si ese lugar es susceptible de medidas de control de fuente (especialmente el drenaje de un absceso, el desbridamiento de tejido necrótico infectado, la extracción de un dispositivo posiblemente infectado y el control definitivo de una fuente continua de contaminación microbiana) (222). Los focos de infección que son fácilmente susceptibles para el control de la fuente incluyen los abscesos intraabdominales, la perforación gastrointestinal, isquemia de intestino o vólvulo, colangitis, colecistitis, pielonefritis asociada a obstrucción o absceso, infección necrotizante de tejidos blandos, otras infecciones del espacio profundo (p. ej., empiema o artritis séptica) e infecciones de dispositivos implantados. Los focos de infección sospechados de causar choque septicémico deben controlarse tan pronto como sea posible después de la rehidratación inicial exitosa (223, 224). Un objetivo de no más de 6 a 12 horas después del diagnóstico parece ser suficiente en la mayoría de los casos (223–229)<sup>10</sup>

Puede entonces asegurarse certeramente, que desde el mismo día posterior a la cirugía (15 de junio) la atención fue negligente, no se evolucionó a la paciente, se desatendió ese día un episodio de hipotensión, al día siguiente 16 de junio, se ignoró el hallazgo de un marcado

<sup>9</sup> ERLAN MARTINEZ, Mabel; FERRER AGUILAR, Eliety y GONZALEZ MOREL, Miriam. Relación entre el diagnóstico precoz y la mortalidad por sepsis: nuevos conceptos. *Medicentro Electrónica [online]*. 2021, vol.25, n.2 [citado 2023-05-19], pp.265-290. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432021000200265](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000200265)

<sup>10</sup> Andrew Rhodes, Laura E. Evans, Waleed Alhazzani, Mitchell y otros. Care Med 2017; 45: Número 3. Pag. 486 - 552 Guía internacional para el manejo de la sepsis y el shock séptico Actualización de las recomendaciones para el manejo de la sepsis y shock séptico de la "Campaña para la Supervivencia de la Sepsis" Recuperado el 15 de mayo 2023 de <http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Gu%C3%ADa-internacional-del-manejo-de-la-sepsis-y-el-shock-s%C3%A9ptico.pdf>



321 802 4194

**Carrera 8 No. 23-09**

Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

notificaciones@penaypenaabogados.com  
luisfranpr01@hotmail.com

www.penaypenaabogados.com

aumento de los glóbulos blancos y la elevación de la frecuencia cardiaca, asociada a la presencia de material purulento saliendo por la herida quirúrgica, el 17 de junio se desatendió la caída en el nivel de glóbulos blancos, el aumento de la frecuencia cardiaca, la disminución de la tensión arterial el dolor abdominal persistente acompañado de distensión y la salida de material purulento por la herida, ese mismo 17 de junio durante la noche la paciente se queja de dolor abdominal persistente que fue reportado en las notas de enfermería e informado al médico de turno, no obstante, ese profesional solamente da la orden de un tramadol, el cual formula sin dejar registro del estado de la paciente<sup>11</sup>, al día siguiente 18 de junio persistiendo la taquicardia, hipotensión, leucopenia y ahora con alteración en la frecuencia respiratoria, se sigue considerando a la paciente hemodinámicamente estable y sin signos de SIRS y posteriormente ese mismo día, al empeorar en su dificultad respiratoria, se confunde esto con un cuadro súbito de TEP.

No puede considerarse este cúmulo de errores como un error o “errores de digitación” de la HC y mucho menos como “la atención esperada dentro de la lex artis”, al contrario, lo que se espera en estos casos es que precisamente el personal médico, este atento a la aparición de signos de alarma, para rápidamente sospechar la presencia de una complicación por la cirugía y que se emitan las órdenes para realizar los estudios de diagnóstico que se requieran para confirmar o descartar dicha infección, pues, estos riesgos son conocidos, de no ser así, estaríamos siendo simples espectadores en la presentación y progresión de las complicaciones.

## **7. Inadecuada valoración del Informe Pericial por parte del Juez en la sentencia al no tenerlo como incompleto por carecer de las notas de enfermería, lo que incide en el estudio y resultado del caso.**

El informe debía ser valorado y considerando por el Juez teniendo en cuenta que el perito no tuvo acceso a la totalidad de la historia clínica, específicamente a las notas de enfermería como se reconoce este faltante por el Juez en su fallo en el folio 30 párrafos finales pero no lo tiene en cuenta como defecto en el resultado de la experticia; en ese orden de ideas, sus apreciaciones se limitan a lo que se registró dentro de las deficientes notas de evolución médica y sin tener en cuenta la información de enfermería, en ese orden de ideas, sus conclusiones no cuentan con la información completa y necesaria, pues, como el mismo perito lo manifiesta, la evolución del médico se da una vez en el día y los hallazgos, por ejemplo: de los signos vitales, representan la información que se tiene en un solo momento

---

<sup>11</sup> por lo que la ausencia de la historia, con independencia de su causa, permite inferir un indicio grave de responsabilidad, en la medida en que impide establecer con certeza lo ocurrido durante la primera atención.” CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION B Consejero ponente: RAMIRO PAZOS GUERRERO Bogotá, D.C., tres (3) de octubre de dos mil dieciséis (2016) Radicación número: 05001-23-31-000-1999-02059-01(40057)



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

del día; como se ha expuesto en el cuerpo de este documento, que mucha de la información verdaderamente relevante de la evolución clínica de la paciente, se tiene en las notas de enfermería, pues, son las enfermeras las que valoran a la paciente al menos 4 veces en las 24 horas, con la toma de los signos vitales, así mismo, una parte determinante de la falla en el servicio se presenta por la falta de comunicación del personal de enfermería con los médicos tratantes, situaciones que no fueron consideradas por el perito en las conclusiones de su trabajo.

Adicionalmente, es normal que en este tipo de asuntos de naturaleza médica como ocurre generalmente opera cierta solidaridad entre (galenos), lo cual es conocido y tratado jurisprudencialmente, para que se afine el criterio del Juez y no se deje inducir en error, por eso es que el perito en sus respuestas inclina su informe justificando la actuación del personal médico, lo cual se hace evidente cuando afirma especulativamente que la incongruencia en los registros del 18 de junio (min 1:09:05 en adelante) “pudieron ser un error de digitación” cuando al contrario de lo que opina, se evidencia que esta situación se presentó durante todos los días desde el 16 al 18 de junio: el día 16 de junio según registro la paciente tiene FC 95 x min FR 21 x min leucocitos 23.000, es decir, tiene dos criterios de SIRS, sin embargo, en la nota médica se afirma “sin signos de SIRS” el día 17 de junio tiene FC 98 x min leucocitos 3.820 nuevamente presenta dos signos de SIRS y de nuevo se registra “sin signos de SIRS” y así mismo se registra el 18 de junio FC 118 x min FR 22 x min leucocitos 2.230 esta vez tres signos de SIRS y a pesar de esa información contundente, se sigue registrando que la paciente está HEMODINAMICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE SIRS–

Así mismo, cuando se le pregunta sobre la ausencia de las notas de evolución del día 15 y evade la respuesta, manifestando simplemente que ese día no hay evidencia de dicha evolución restándole importancia, (siendo este faltante un error en el acto médico que debió informar en su escrito y llamarle la atención); o cuando afirma que se cumplió con la *lex artis* mientras es evidente que a la paciente: a) No se le evolucionó un día, b) Se le ordenaron medicamentos sin examinar a la paciente o al menos eso se deduce de la falta de registro en la historia clínica, c) No se interpretó correctamente la presencia de signos de SIRS – d) Se realizaron registros incongruentes en la historia clínica, actuaciones estas que van en contra de lo esperado en una institución de salud del nivel del Hospital Universitario San Jorge, deja una sensación amarga su trabajo que no se puede pasar por alto y que no le permite que se le valide como se debe.

Conforme a expuesto y detallado en este recurso de apelación y la sustentación que se realiza solicito que se revoque la sentencia y se reconozca a cargo de las demandadas la falla en la prestación del servicio de salud por las irregularidades expuestas ocasionadas por el equipo de médicos y paramédicos que intervinieron deficientemente no solo al



☎ 321 802 4194

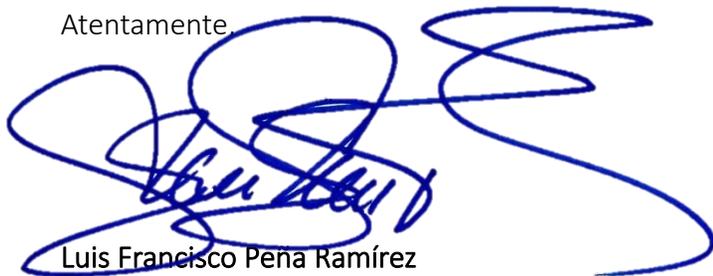
📍 **Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)

intervenir la paciente sin el consentimiento adecuado de lo que realmente se iba a realizar y por las defectuosas prácticas para diagnosticar la sepsis oportunamente a pesar de las evidencias inmediatas que se presentaban en la salud de la paciente y el tratamiento rápido que se debe adoptar para que no evolucionara en peritonitis que no se pudo contener y que termina con la vida de la paciente.

Atentamente



**Luis Francisco Peña Ramírez**

C.C. No. 10.119.678 Pereira – Risaralda,

T.P. No. 56.075 del Consejo Superior de la Judicatura.



☎ 321 802 4194

📍 **Carrera 8 No. 23-09**  
Edificio Cámara de Comercio, Oficina 803  
Pereira / Risaralda

✉ [notificaciones@penaypenaabogados.com](mailto:notificaciones@penaypenaabogados.com)  
[luisfranpr01@hotmail.com](mailto:luisfranpr01@hotmail.com)

🌐 [www.penaypenaabogados.com](http://www.penaypenaabogados.com)